

# **EVALUASI HASIL PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI KABUPETEN SEMARANG TAHUN 2013**

Oleh :

Andri Setiawan, Kismartini, Dewi Rostyaningsih

## **JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Jalan Profesor Haji Soedarto Sarjana Hukum, Tembalang, Semarang 12693

Telepon (024) 7465407 Faksimile (024) 7465405 Laman :

<http://www.fisip.undip.ac.id> email : [fisip@undip.ac.id](mailto:fisip@undip.ac.id)

### **ABSTRACT**

*Membership of Jamkesda Program in Semarang Regency that did not increase since the very first time it was out, moreover a big number of decrease of the coverage membership of Jamkesda Program in 2012, has become a background and reason for this research, because in 2013 was the last time the Jamkesda Program is fully implemented. The goal of this research is to explain the output of the Jamkesda Program in Semarang Regency in 2013 and the factors that influence it. The ways to solve this problem and its goal is done by using systematic-analysis theory with using effecttivity. The object of this research is The Health Department as the administrator of the Jamkesda Program, the citizen who get the membership of the program, and Health Service officer.*

*The results show that in the output dimensions related to the effectiveness of membership of Jamkesda Program has not been achieved because there are still some low income citizen who haven't receive the membership. The dominant factor that because the based of the problem is the incomplete ID (Identity Card) of citizenship. Beside the use of SKTM as a solution to an issue also was not effective. Beside that the services to member of Jamkesda also not been effective because of the imbalance between health care giver. The dominant factor is selected based referral personal wishes. It was suggested that regarding the problem of membership, The Health Department as the administrator of the program to cooperate more with the villager. The limitations of Health Care Providers should be stipulated*

**Keywords: Jamkesda, Membership, Inequality**

## **PENDAHULUAN**

### **a. Latar Belakang Masalah**

Masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan di Indonesia, menurut Profil Kesehatan Indonesia 2013 pada tahun 2012 jumlahnya ada 163.547.921 jiwa atau dengan kata lain sekitar 66.82% dari total penduduk Indonesia. Pada tahun 2013 jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan mengalami peningkatan. Totalnya pada tahun 2013 adalah 181.292.912, atau 76.18% dari total penduduk yang ada.

Salah satu program jaminan kesehatan yang dikeluarkan tersebut adalah Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Program Jaminan Kesehatan Daerah ini dimulai tahun 2010 bulan Oktober. Pada tahun 2014 tepatnya per 1 Januari 2014, pemerintah memutuskan bahwa peserta Jaminan Kesehatan Daerah diintegrasikan ke dalam Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (BPJS), itu berarti

bahwa penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah tahun 2013 merupakan yang terakhir dilaksanakan secara utuh.

Pada kenyataannya pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah yang sasarannya adalah masyarakat miskin belum berjalan sesuai target. Contoh di Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan data yang diperoleh dari Laporan Pencapaian SPM Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012, cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin tahun 2010 yang mana hanya sekitar 47,30% masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan, sementara tahun 2011 naik menjadi 66,43%, dan tahun 2012 turun drastis menjadi hanya 36,45%. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin sangat jauh dari target yang ditetapkan yakni 100%. tahun 2010 yaitu hanya 3,71% masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan. Pada

tahun 2011 naik menjadi 6,82% dan tahun 2013 kembali naik menjadi 8,13%. Salah satu daerah yang capaian kinerjanya dibawah target baik itu dalam hal pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan adalah Kabupaten Semarang.

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang tahun 2012 justru mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya yakni 4078 masyarakat miskin pengguna Jaminan Kesehatan Daerah. Sedangkan dua tahun sebelumnya saja ada sekitar 4768 di tahun 2011 dan 4532 di tahun 2010. Hal ini bermakna bahwa terjadi penurunan angka pasien atau masyarakat yang menggunakan Program Jaminan Kesehatan Daerah atau kegagalan Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan yang menyeluruh kepada masyarakat.

Berangkat dari hal tersebut pertanyaan yang kemudian muncul adalah apakah hasil Program

Jamkesda di Kabupaten Semarang tahun 2013 akhirnya sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Provinsi Jawa Tengah.

## **b. Tujuan**

Mengtehaui *output* Program Jamkesda di Kabupaten Semarang Tahun 2013 itu bagaimana serta apa saja faktor yang mempengaruhinya.

## **c. Teori**

### **a. Evaluasi Kebijakan**

Menurut Said Zainal Abidin (2012) dalam bukunya yang berjudul “*Kebijakan Publik*”, evaluasi kebijakan merupakan langkah terakhir dalam proses kebijakan. Namun, pengertian evaluasi secara lengkap mencakup tiga pengertian berikut;

1. Evaluasi awal, yaitu dari proses perumusan kebijakan sampai saat sebelum di implementasikan

2. Evaluasi dalam proses implementasi atau *monitoring*
3. Evaluasi akhir yang dilakukan setelah selesai proses implementasi kebijakan

#### **b. Model Evaluasi**

Model sistem analisis milik Wirawan (2011) menjadi model yang dipilih. Karena peneliti bisa melakukan penelitian secara terpisah oleh karena itu model ini dipilih. *Input, process, output, outcome, impact* menjadi dimensi model dalam model ini. yakni Tetapi hanya dimensi output yang dipilih dengan fokusnya berada pada cakupan kepesertaan dan cakupan pelayanan peserta Jamkesda.

#### **c. Indikator Evaluasi**

Indikator efektifitas milik Dunn (1999:610) menjadi yang dipilih

untuk menilai output dari Program Jamkesda ini.

#### **d. Metode Evaluasi**

Tipe penelitian kualitatif deskriptif merupakan tipe penelitian ini. Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, Puskesmas Ungaran merupakan situs penelitiannya. Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, Masyarakat peserta Jamkesda 2013, Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat pertama merupakan subyek penelitiannya. Penelitian ini menggunakan jenis data yang bersifat deskriptif.

Data primer dan sekunder merupakan sumber data penelitian ini. Wawancara semi terstruktur dengan informan, studi kepustakaan, dan observasi non partisipan dilakukan untuk pengumpulan data. proses pengolahan data yaitu bergerak diantara perolehan data, reduksi data, penyajian dan

penarikan kesimpulan/verifikasi adalah teknik yang digunakan dalam penelitian ini. Teknik triangulasi dengan sumber digunakan dalam penelitian ini.

## **PEMBAHASAN**

### **a. Cakupan Kepesertaan Jamkesda**

Masih ada sekitar 2000 lebih masyarakat miskin yang tidak mendapatkan kepesertaan Jamkesda dan juga Jamkesmas pada pelaksanaannya tahun 2013. Hal ini tentunya bertentangan dengan maksud dari Program Jamkesda ini sendiri, sebagaimana disebutkan dalam Perbup No 7 Tahun 2013 bahwa maksud dari Program Jamkesda adalah “untuk memberikan bantuan pelayanan dibidang kesehatan, kepada masyarakat miskin dan / atau tidak mampu diluar kuota Jaminan

Kesehatan Masyarakat sehingga meringankan pengobatan”.

Berdasarkan maksud itulah peneliti menganggap bahwa sudah seharusnya masyarakat miskin yang tidak mendapatkan kepesertaan Jamkesmas kemudian menjadi peserta Jamkesda.

Faktor – faktor yang menjadi penyebab belum efektifnya cakupan kepesertaan Jamkesda antara lain, yang pertama adalah pendataan yang belum berjalan dengan baik, hal ini karena untuk kepesertaan Jamkesda ini sendiri mengandalkan data dari BPS saja untuk menentukan masyarakat miskin yang berhak menjadi peserta Jamkesda.

Faktor kedua adalah kurang terpenuhinya syarat – syarat untuk mendapatkan kepesertaan Jamkesda. Salah satu syarat yang menyebabkan masyarakat miskin tidak mendapat

kepesertaan Jamkesda adalah tidak memiliki kartu identitas baik itu KTP maupun Kartu Keluarga, dan faktor ketiga adalah perubahan situasi sosial ekonomi masyarakat.

Faktor terakhir yang menyebabkan cakupan kepesertaan Jamkesda belum berjalan efektif adalah solusi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan yaitu SKTM itu sendiri juga belum berjalan dengan baik. Hal ini karena syarat untuk bisa menggunakan SKTM adalah sama dengan syarat untuk kepesertaan Jamkesda. Tetapi sayangnya, penggunaan SKTM tersebut hanya bisa digunakan satu kali saja.

Meskipun begitu masih ada sisi positif dari pelaksanaan Jamkesda di tahun 2013. Salah satunya adalah meningkatnya jumlah pengguna Jamkesda dari tahun sebelumnya

## **b. Cakupan Pelayanan Terhadap Peserta Jamkesda**

Cakupan pelayanan terhadap peserta Jamkesda sendiri berdasarkan hasil penelitian masih belum berjalan efektif, hal ini karena masih adanya beberapa ketimpangan dalam hal jumlah pasien yang berobat ke Pemberi Pelayanan Kesehatan.

Sebagai contoh pada RSUD Ambarawa ada sekitar 3,594 masyarakat miskin yang berobat dalam kurun waktu satu tahun yakni 2013. Namun di Rumah Sakit Bina Kasih justru hanya ada total jumlah pasien 85 dalam kurun waktu satu tahun. Hal ini tentunya menyebabkan pelayanan kepada masyarakat menjadi tidak maksimal, karena dengan adanya salah satu Rumah Sakit yang memiliki jumlah pasien jauh lebih banyak dibanding yang lain, hal tersebut menyebabkan

masyarakat menjadi tidak langsung dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, atau dengan kata lain masyarakat harus antri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Faktor – faktor yang menjadi penyebab ketimpangan jumlah pasien tersebut adalah yang pertama masih adanya pemberian rujukan yang didasarkan pada keinginan masyarakat. Hal ini sebenarnya tidak sesuai dengan aturan yang seharusnya, dimana pemberian rujukan seharusnya didasarkan atas indikasi medis dan bukan keinginan masyarakat. Hal ini tentunya bisa menyebabkan kerugian bagi pihak masyarakat itu sendiri.

Faktor kedua adalah masyarakat yang hanya ingin langsung berobat ke Rumah Sakit tanpa berobat di Puskesmas terlebih dahulu.. Hal ini tentunya

bertentangan dengan mekanisme pelayanan Jamkesda sendiri. Dimana berdasarkan Perbup No 7 Tahun 2013 disebutkan dalam poin pertama yaitu : “Pelayanan kesehatan dilakukan secara berstruktur dan berjenjang”.

Kemudian faktor terakhir adalah masih adanya kasus kelebihan pasien dari Jamkesda di salah satu Rumah Sakit. Dalam Program Jamkesda tidak ada batasan maksimal atau kuota tertentu yang berkaitan dengan jumlah masyarakat pengguna Jamkesda yang berobat. Hanya saja memang ada beberapa Rumah Sakit dimana jumlah pengguna Jamkesda yang berobat lebih banyak dibanding Rumah Sakit yang lain. Karena tidak ditetapkan batasan tertentu ini maka memperbesar kemungkinan adanya

kelebihan kuota di salah satu Pemberi Pelayanan Kesehatan.

Meskipun cakupan pelayanan terhadap peserta Jamkesda sendiri memang belum berjalan dengan baik. Namun tentunya masih ada sisi positif dari pelaksanaan pelayanan Jamkesda tersebut, diantaranya adalah tidak adanya perbedaan mekanisme pemberian rujukan diantar wilayah di Kabupaten Semarang, tidak adanya kasus penolakan dari Rumah Sakit terhadap masyarakat peserta Jamkesda, tidak adanya perbedaan antara masyarakat yang membayar secara normal dengan masyarakat peserta Jamkesda, selain itu adalah pembayaran klaim yang berjalan dengan baik.

## **PENUTUP**

### **a. Kesimpulan**

Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013 di Kabupaten Semarang belum sepenuhnya berjalan optimal. Masih ada beberapa permasalahan seperti masih adanya masyarakat yang tidak mendapatkan kepesertaan dan juga adanya ketimpangan jumlah masyarakat yang berobat ke masing-masing pemberi pelayanan kesehatan. Sehingga menyebabkan Program Jamkesda ini tidak sepenuhnya memenuhi tujuan program dan mengatasi masalah belum semuanya masyarakat miskin mendapatkan jaminan kesehatan.

### **b. Saran**

Seharusnya untuk pendataan masyarakat sendiri dalam Program Jaminan Kesehatan dimasa mendatang tidak hanya mengandalkan data dari BPS saja



tetapi juga melalui masyarakat dalam hal ini aparat desa juga dilibatkan didalamnya.

Melihat adanya ketimpangan jumlah masyarakat yang berobat diantar Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam Program Jamkesda, seharusnya dalam Program Jaminan Kesehatan dimasa mendatang ditentukan batasan jumlah masyarakat yang berobat per masing-masing Fasilitas Kesehatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Abidin, Said Zainal. (2012). *Kebijakan Publik* (Edisi 2). Jakarta : Salemba Humanika
- Dunn, N.William. (1999). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Wirawan. (2011). *Evaluasi : Teori, Model, Standar, Aplikasi, dan Profesi (Contoh Aplikasi Evaluasi Program :Pengembangan Sumber Daya Manusia,Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri Perdesaan,Kurikulum,Perpustakaan,dan Buku Teks)*. Jakarta : Rajawali Pers

Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2013 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Semarang

Laporan Pencapaian SPM Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013

Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2012

World Health Service (WHO) 2011